

## **Reflexiones entorno a los Modelos de Salud, rol del Estado e implicancias en la Formación Docente.**

**María Victoria Plaza**

Instituto de Investigaciones CeFIEC – Facultad de Ciencias Naturales y Exactas – UBA.  
Instituto de Formación Docente Continua “El Bolsón”  
Dirección de correo electrónico de contacto: [mariviplaza99@gmail.com](mailto:mariviplaza99@gmail.com)

### **Resumen**

Presentaremos aquí algunas reflexiones en relación a los modelos de salud, educación en salud y cómo estos se relacionan con la formación docente. Plantearemos también el rol del Estado en el transcurso de los diferentes modelos.

Según Menéndez (1990) se podrían plantear 3 modelos relacionados con la salud que han coexistido a lo largo de la historia. El primero sería el Modelo Hegemónico que apoyan las fuerzas y actores dominantes de la época y que dicha hegemonía se expande por su fuerza ideológica y cultural. Actualmente, y desde hace varios años, el Modelo Hegemónico es el Médico, el cual medicaliza las enfermedades que posee un cuerpo biológico. El otro modelo es el Médico Alternativo subordinado que se basa y toma en cuenta los saberes reconocidos como “tradicionales” y populares. El tercer modelo planteado por este autor es el de Autoatención basado en el diagnóstico, atención y prevención individual sin acudir al médico. Está relacionado con la frecuencia, recurrencia y continuidad de los episodios que generan la necesidad de establecer acciones inmediatas para poder continuar con la vida laboral.

Este último modelo se relaciona con el desarrollo capitalista creando el submodelo corporativo público en dónde el Estado procura la atención médica de las clases bajas y la prevención de las enfermedades para que puedan seguir constituyendo la mano de obra de los sectores privados, lo que se conoce como la Salud Pública. Estos modelos han coexistido bajo al predominio del Modelo Médico Hegemónico que promueve la prevención y promoción individual de la Salud

Actualmente se propone en contraposición a este Modelo Médico Hegemónico, el Modelo de Salud Colectiva. Merhy (2016), refiriéndose a este modelo, menciona que la enfermedad es un fenómeno social más que un fenómeno biológico. En este sentido se aleja de la noción de la Salud Pública y se comienza a hablar de Salud Colectiva. Las preguntas que surgen de esta noción son cómo la enfermedad se da en los colectivos,

qué relación tiene la enfermedad con los grupos sociales y cómo la sociedad produce enfermos.

Aquí se incluye y tiene preponderancia los conceptos de interseccionalidad y territorialidad. El concepto de interseccionalidad, originado principalmente a partir del trabajo y el activismo de feministas negras, permite poner de relieve la complejidad de las estructuras de desigualdad actuando juntas. Permite problematizar el sexismo, la homofobia, la transfobia, el racismo, la discriminación por sector socioeconómico, el capacitismo, el adultocentrismo, la gordofobia y un sinnúmero de etcéteras. A su vez, el concepto de territorio nos permite dar lugar y conocer los espacios materiales (geográficos y políticos) e inmateriales (simbólicos) creados por las comunidades y pueblos, en donde se desarrollan sus vivencias y sus sentires, sus historias y sueños, se despliega su cultura y el conjunto de sus relaciones sociales.

En relación a esto, el Modelo Hegemónico que se conformaría, si es que las fuerzas y actores dominantes lo promueven, estaría relacionado con la participación popular, se plantearía a la Salud como un derecho (no sólo desde la Salud Pública), se basaría en promover el pensamiento crítico y se construiría desde la mirada de la epidemiología crítica y la determinación social de la enfermedad. El Modelo Alternativo al hegemónico que planteaba Menéndez (1990), ya no sería alternativo, sino que formaría parte del Modelo Hegemónico, ya que en el mismo se incluirían y se toman en valor, los saberes de las diferentes comunidades y las problemáticas propias del territorio. Dando cuenta por ejemplo de las implicancias de los sesgos de género relacionados con el acceso a la Salud, Attardo et al. (2012) plantean que esta incorporación permite reflexionar sobre el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferenciablemente el proceso salud-enfermedad-atención de ambos grupos genéricos. También existen sesgos de género en la toma de decisión diagnóstica y terapéutica que pudieran estar afectando la equidad de género en la calidad de atención de los/as pacientes y todo esto sin tener en cuenta la mayor inequidad que sufren otras identidades de género no hegemónicas. El tercer modelo de coexistencia, el de Autoatención ya no sería necesario dado que las personas, en tanto su salud y/o enfermedad formarían parte también del Modelo Hegemónico.

Una de las grandes diferencias que se plantea entre el Modelo Médico Hegemónico y el Modelo basado en la Salud Colectiva, es el rol de Estado. Testa (2020), al plantear el rol de Estado, comienza contrastando dos posiciones que tienen una significación para todos nosotros en nuestra vida política y hasta en nuestra vida cotidiana, sobre todo en

las actuales circunstancias de América Latina, que lucha por salir de las garras del subdesarrollo y las dictaduras.

El Estado es el comité de gestión de la burguesía o el lugar social donde se articulan las diferentes clases y fracciones de clase de una sociedad. Para ponerlo en los términos más simples posibles: *la definición que se elija determina si la lucha a favor del cambio social se va a realizar dentro del Estado o contra el Estado* (Testa, 20202, p9).

Para el Modelo basado en la Salud Colectiva, claramente una definición pertinente de Estado, para nuestra situación histórica, es la que indica que se trata de un lugar social donde se produce la articulación señalada, lo cual incluye la discusión de los problemas actuales, la toma de decisiones mediante alguna forma de consenso y también el desarrollo de luchas que recrean permanentemente formas nuevas de articulación.

En este sentido, es también el Estado, quien dentro de este Modelo puede llevar adelante y promover investigaciones en las cuales se sostenga el sentido de territorialidad e interseccionalidad. Por ejemplo en cuanto a la construcción del conocimiento en relación a cuestiones de salud, las críticas feministas revelaron el impacto de sesgo de género en la elección y definición de los problemas de investigación en salud (Bank, op. cit.).

Finalmente y no menos importante es la relación entre la mirada de la Salud Colectiva, el Estado y la Formación Docente. Autores como Jourdan (2011) señalan que el objetivo de la educación en salud es ayudar a todos/as los/as jóvenes a adquirir gradualmente los recursos que necesitan para tomar decisiones y mostrar un comportamiento responsable con la salud. De allí la importancia de un Estado presente que garantice un currículum y una educación basada en la equidad social y la justicia curricular.

Investigaciones recientes alertan acerca del alto impacto que tiene la propia biografía escolar sobre la profesión docente. Para Alliaud (2004), “la biografía escolar, es decir el período vivido en la escuela por los maestros siendo estos alumnos, constituye una fase formativa clave y su abordaje resulta enriquecedor para entender la práctica profesional.” También señala la autora que al pensar en mejorar la práctica profesional no solo cuentan los aprendizajes formales en la escuela (aquellos que forman parte del currículum explícito) sino que también son fundamentales las experiencias y las vivencias. Para el caso específico de la formación docente en educación en salud, se suma una complejidad adicional: los y las profesionales han sido formados en instituciones reproductoras de estereotipos y relaciones sociales y deben enseñar al

alumnado a revisar estos mismos patrones; por esta razón investigar los modos en que se forma a los/as docentes es un punto estratégico.

En relación a la formación docente inicial, varias investigaciones mencionan que aún esta se basa y reproduce el Modelo Médico Hegemónico poniendo el acento en los aspectos biológicos, individuales e higienistas. Es aquí donde radica la importancia de la formación docente continua dado que allí, el profesorado puede actualizarse en temáticas relacionadas con la salud, su enseñanza y la perspectiva de género y trabajar sobre la explicitación y autorregulación de sus creencias. Según Medina Rivilla (1994), la formación continua tiene como finalidad, preferentemente, el desarrollo profesional del profesorado y la generación de climas de trabajo y transformación social en las instituciones educativas y en las aulas.

**Palabras clave:** modelos hegemónicos en salud; Estado; Formación Docente;

### **Referencias bibliográficas**

- Alliaud, A. (2004). La experiencia escolar de maestros inexpertos. Biografías, trayectorias y práctica profesional. *Revista Iberoamericana de Educación*, 34(3).  
Disponibile en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/784Alliaud.PDF>
- Attardo, C., Ceneri, E., Cuadra, M. E., Cunningham, M. V., Fontenla, M., Gaba, M., Jeifetz, V., Lo Russo, A., Reid, G., Straschnoy, M., Tajer, D., y Zamar, A. (2012). *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bank, B. (2007). (edit.) *Gender and Education: An Encyclopedia, vol I y II*. London: Praeger.
- Jourdan, D. (2011). *Health education in schools: The challenge of teacher training*. Saint-Denis-Francia: Inpes, coll. Santé en action
- Medina Rivilla, A. (1994). La formación continua del profesorado desde una perspectiva colaborativa. *Innovación Educativa*, 3, 59-78.
- Merhy, E. (2016). La enfermedad es un fenómeno social, no es un fenómeno biológico. Entrevista de Verónica Engler. Página12. Fecha 19/09/2016.  
<https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-309729-2016-09-19.html>